

Epidemiologie

Wie stabil sind Drogenkonsum und das Auftreten klinisch-diagnostisch relevanter Mißbrauchs- und Abhängigkeitsstadien bei Jugendlichen?


Eine epidemiologische Studie am Beispiel von Cannabis

Hans-Ulrich Wittchen, Michael Höfler, Axel Perkonig,
Holger Sonntag und Roselind Lieb

Max Planck Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, München

Zusammenfassung. Anhand einer prospektiven epidemiologischen Verlaufsstudie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von ursprünglich 14- bis 17-jährigen Jugendlichen (N=1395) werden die Häufigkeit und die Verlaufsmuster des Konsums, des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Cannabis untersucht. Die Jugendlichen wurden persönlich mit Hilfe eines Interviews befragt, wobei als diagnostisches Instrument das M-CIDI mit seinen DSM-IV Algorithmen verwendet wurde. Die Ergebnisse aus der Basiserhebung ergaben, daß 1995 etwa 20% aller 14- bis 17-jährigen – in der Mehrzahl wiederholt – Cannabis probiert hatten und 6% der Population einen regelmäßigen Gebrauch aufweisen. Die Einjahres-Inzidenz (= Auftreten neuer Fälle) für den Cannabisgebrauch der nun 15- bis 19-jährigen betrug zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 20,1% für die Männer und 16,3% für die Frauen. Für den regelmäßigen Gebrauch wurden Inzidenzraten von 12% (Männer) und 8,4% (Frauen) ermittelt. Die Stabilität des Konsumverhaltens zwischen der Basis- und der Nachuntersuchung war relativ hoch und stieg mit höherem Initialkonsum an. Angesichts der hohen

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by  CORE

provided by Technische Universität Dresden: Quocosa

Schlüsselwörter: Cannabis, Prävalenz, Stabilität, Gebrauch, Mißbrauch, Abhängigkeit, Inzidenz

Stability of cannabis use, abuse and dependence patterns in a community sample of adolescents

Abstract. The paper examines the prevalence, incidence, and stability patterns of cannabis use, abuse and dependence in a prospective epidemiological study of a random community sample of adolescents, aged 14 to 17 years (N=1395) at time 1. Assessments are based on personal interviews by trained clinical psychologists using the computerized DSM-IV lifetime and 12-month change version of the M-CIDI. Results indicate that in 1995 every fifth person aged 14 to 17 years had used cannabis at least once, and 6% reported regular use. The 12-month incidence rates (i.e., proportion of the sample reporting first cannabis use in the last year) among subjects, 15 to 19 years of age at time 2, was high, with 20,1% of males and 16,3% of females reporting first use. The incidence of regular use was 12,0% (males) and 8,4% (females). The stability of consumption patterns from time 1 to time 2 was high, increasing with higher initial consumption. Given the reexamined sample's overall high cannabis consumption rates of 32,4%, the prevalence of clinically manifest DSM-IV abuse and dependence was low in comparison to other psychotropic drugs (4%). However there was remarkable diagnostic stability over time in this age group of those with an initial diagnosis at time 1 receiving a diagnosis again at time 2. **Key words:** prevalence, stability of use, abuse, dependence of cannabinoids, incidence

In einer Reihe von epidemiologischen Studien der 80er und 90er Jahre in verschiedenen Ländern der Welt wurde mit vergleichbaren standardisierten diagnostischen Methoden gezeigt, daß der Konsum von illegalen Drogen in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet ist (Reuband, 1992; Warner, Kessler, Hughes, Anthony & Nelson, 1995; Perkonig, Lieb & Wittchen, 1998). Besonders in der Altersgruppe der Jugendlichen (den unter 18-jährigen) findet sich mit relativ guter Übereinstimmung über verschiedene Studien der späten 80er

und frühen 90er Jahre hinweg, daß fast jeder vierte Jugendliche zumindest einmal im Leben mit illegalen Drogen in Kontakt gekommen ist (Nordlohne, Reißig & Hurrelmann, 1993; Schumann & Kraus, 1995).

Die Datenlage bezüglich klinischen Mißbrauches und Abhängigkeit ist in allen Ländern mit Ausnahme der USA mager (Perkonig, Wittchen & Lachner, 1996). Deutsche Schätzungen fehlen völlig. In den USA weisen 10 bis 15% aller Jugendlichen eine klinisch manifeste

Diagnose von drogenbedingtem Mißbrauch oder Abhängigkeit auf (Perkonig, Wittchen & Lachner, 1996; Warner et al., 1995). Unter den verschiedenen illegalen Drogen ist nach übereinstimmenden Befunden fast aller Studien vor allem der Cannabisgebrauch besonders weit verbreitet (Kraus, Schumann, Wiblishauser & Herbst, 1994; Perkonig et al., 1998). Die vorliegenden Prävalenzstudien in der Allgemeinbevölkerung sind allerdings fast ausnahmslos reine Querschnittstudien und erlauben deshalb keine direkten Aussagen über die Stabilität und Instabilität des Konsums sowie von Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmalen. Die auf retrospektiven Angaben basierenden Ergebnisse dieser Studien deuten allerdings darauf hin, daß zumindest der Cannabiskonsum (Kandel & Logan, 1984) sowie das Vorliegen von cannabisbedingten Mißbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter möglicherweise nicht sehr zeitstabil sind (Silbereisen, 1996; 1997; Warner et al., 1995). Von vielen Autoren wird auch vermutet, daß diese Instabilität für die frühe Adoleszenz charakteristisch ist, und daß nur wenige Cannabis-Konsumenten dauerhafte negative Konsequenzen erfahren (Silbereisen, 1997). Diese hinter derartigen Annahmen vermutete „Stadienvielfalt“ basiert allerdings überwiegend auf Daten, die keine gesicherten populationsbezogenen Aussagen zulassen. Prospektive epidemiologische Langzeitstudien an repräsentativen Bevölkerungsschichten zu diesen Fragestellungen sind uns nicht bekannt. Deshalb kann es auch nicht überraschen, daß trotz erheblicher Erkenntniszuwächse hinsichtlich distaler und proximaler Risikofaktoren für den Gebrauch von Cannabis die relevanten Risikofaktoren, die solche Stadienübergänge (z.B. von gelegentlichem zu regelmäßigem Gebrauch zur Remission, von Mißbrauch zu Abhängigkeit zur Remission) beeinflussen, noch nicht hinreichend differenziert identifiziert wurden (Perkonig et al., 1996). Besonders ausgeprägt ist dieses Defizit auf der diagnostischen Ebene, da Vulnerabilitäts- und Risikostudien zumeist auf Fragebogendaten basieren, die - im Gegensatz zu den Interviewdaten epidemiologischer Studien - keine hinreichend verlässliche klinisch-diagnostische Differentialdiagnostik von Mißbrauch, Abhängigkeit und der entsprechenden Symptome ermöglichen.

Zielsetzung des vorliegenden Beitrags ist es, anhand einer repräsentativen Bevölkerungsschichtprobe von 14- bis 17jährigen Jugendlichen aus einer umschriebenen Region (München Stadt und Land) nicht nur die Prävalenz des Gebrauchs, des Mißbrauchs sowie der Abhängigkeit von Cannabis zu untersuchen, sondern darüber hinaus die Stabilität von Konsummustern und diagnostischen Merkmalen über einen ein- bis zweijährigen Zeitraum zu ermitteln.

* Da die zu T0 und T1 untersuchten Personen zu T0 dem Jugendalter, zu T1 jedoch teilweise dem Erwachsenenalter angehörten, wäre die korrekte Bezeichnung der Geschlechter zu T0 „Jungen“ und „Mädchen“ und zum Zeitpunkt der ersten follow-up Untersuchung „männliche Jugendliche und junge Erwachsene“ sowie „weibliche

Fragestellungen

Auf der Grundlage einer ursprünglich (zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung 1995) 1395 Personen umfassenden repräsentativen Stichprobe 14- bis 17jähriger Probanden und Probandinnen* aus München Stadt und Land sowie einer im Mittel 20 Monate später stattfindenden Nachuntersuchung dieser Jugendlichen (Nachuntersuchung 1996/1997, N=1228; Altersrange zur Zeit der Nachuntersuchung: 15 bis 19 Jahre) sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie hoch ist die Zwölf-Monats- und die Lifetime-Prävalenz des einmaligen, gelegentlichen und regelmäßigen Konsums von Cannabis bei Jugendlichen?
2. Wie hoch ist die Prävalenz von klinisch manifestem cannabisbedingtem Mißbrauch und Abhängigkeit gemäß den Kriterien des DSM-IV (APA, 1994)?
3. Wie stabil sind die cannabisbezogenen Konsum- und Diagnosemuster über einen Zeitraum von nahezu zwei Jahren bei Jugendlichen?

Methodik

Überblick und Stichprobenziehung

Design, Methodik und Instrumente dieser prospektiven epidemiologischen 5-Jahres-Untersuchung mit insgesamt drei Untersuchungswellen (Early Developmental Stages of Substance Abuse and Psychopathology; EDSP) wurden andernorts bereits ausführlich vorgestellt (Wittchen, Lachner & Nelson, 1998; Wittchen, Perkonig, Nelson & Lachner, 1998) und sollen hier nur kurz zusammengefaßt werden. Die EDSP-Studie beruht auf einer Zufallsstichprobe von 14- bis 24jährigen Jugendlichen der Stadt- und Landkreise München, die Ende 1994 aus den Einwohnermelderegistern gezogen wurde. Die regionale Begrenzung sollte einerseits eine detaillierte Begleituntersuchung der Struktur des regionalen Gesundheitssystems sowie die Umsetzung von möglicherweise aus der Untersuchung resultierenden präventiven Maßnahmen erleichtern. Da die Studie als Longitudinalstudie bei Frühstadien konzipiert ist, wurden 14- bis 15jährige überproportional und 21- bis 24jährige unterproportional zur tatsächlichen Altersverteilung berücksichtigt. Im Zeitraum Dezember 1994 bis Frühjahr 1995 wurden 4809 Personen nach einem Zufallsverfahren aus dem Melderegister gezogen. 4236 Personen wurden in die Studie aufgenommen. Die nicht aufgenommenen 773 Probanden und Probandinnen waren etwas älter und waren entweder a) zum Zeitpunkt der Erhebung aus der Untersuchungsregion verzogen, oder b) nie während der Feldarbeit (März bis Juli 1995) bei bis zu zwölf Kontaktversuchen unter der angegebenen Adresse anzutreffen. Um die Überrepräsentation der 14- bis 15jährigen

Jugendliche und junge Erwachsene“. Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, entschieden wir uns dazu, durchgängig die Begriffe „Männer“ und „Frauen“ heranzuziehen - auch wenn für einen Teil der Stichprobe die Bezeichnungen „Jungen“ und „Mädchen“ eher zutreffen würden.

sowie die unten beschriebenen Ausfälle zu berücksichtigen, wurden die Daten für die vorliegenden Analysen nach Alter, Geschlecht und Region (München Stadt oder Landkreis) gewichtet, um der Bevölkerungsverteilung zu entsprechen.

Response-Raten und Verweigerungen in der Basis- (T0) und Nachuntersuchung (T1)

Insgesamt wurden bei der Basisuntersuchung (T0) N=3021 Interviews komplett durchgeführt. Dies entspricht einer Response-Rate von 71%. Die Verweigereranalysen ergaben etwas höhere Verweigererraten bei Älteren (über 18. Lebensjahr) sowie bei Frauen. Die entsprechende Ausschöpfung für die Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen, die in dem vorliegenden Beitrag ausschließlich betrachtet werden soll, betrug 74.3% ($N_{\text{ungewichtet}} = 1395$; $N_{\text{gewichtet}} = 921$). Von den 1395 Jugendlichen der Basis-Untersuchung wurden 1228 ($N_{\text{gewichtet}} = 808$) in der Nachuntersuchung (T1, 1996/1997) ein weiteres Mal untersucht (14 bis 25 Monate später; Median: 20 Monate). Dies entspricht einer Ausschöpfung von 88%. Zusätzlich liegen von weiteren 3.2% unvollständige Datensätze und Informationen vor, die bei der vorliegenden Analyse allerdings unberücksichtigt bleiben.

Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe zu T0 und T1

Tabelle 1 verdeutlicht, daß zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung etwa 90% der 14- bis 17-jährigen noch zur Schule gehen, während dies zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (20 Monate später) für noch 72% der nun 15- bis 19-jährigen gilt. Ungefähr die Hälfte der Jugendlichen besucht das Gymnasium, fast alle wohnen noch im Elternhaus. Entsprechend der Münchner Gesamtsituation kann die Mehrzahl der Jugendlichen der mittleren und der oberen Mittelschicht zugeordnet werden.

Erhebungsinstrumente und Fallidentifikation

Alle Untersuchungsvariablen wurden mit einer für das Projekt erheblich erweiterten und auf die Forschungsfragen abgestimmten Version des Münchener-Composite Diagnostic Interview (M-CIDI, Wittchen & Pfister, 1997) einschließlich seines ergänzenden Listenheftes, welches Fragebögen zur Erfassung ausgewählter psychologischer Konstrukte enthält, erhoben. Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde das M-CIDI in einer computerisierten Fassung (CAPI Version) verwendet. In der Basis-Untersuchung wurde die Lifetimeversion eingesetzt, welche Zwölf-Monats-Querschnitts- und Lifetime-Informationen liefert. In der Nachuntersuchung wurde die Zwölf-Monats-Veränderungsversion herangezogen, die sowohl den Zwölf-Monats-Zeitraum vor der Nachuntersuchung als auch das restliche Zeitintervall zwischen der Basis- und der Nachuntersuchung abbildet.

Das Münchener-Composite Diagnostic Interview Schedule (M-CIDI, Wittchen & Pfister, 1997) ist eine modifizierte Version des WHO-CIDI (Version 1.0, Wittchen & Semler, 1990), welches in einer Paper-und-Pencil Fassung und einer computerisierten Version verfügbar ist. Das M-CIDI erlaubt die standardisierte und – über die Anwendung der computerisierten M-CIDI-DSM-IV Auswertungsalgorithmen – hochobjektive Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen nach den Kriterien der ICD-10 (WHO, 1991) und des DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Zusätzlich können Beginn, Dauer und Verlauf der Syndrome, der klinische und psychosoziale Schweregrad sowie störungsbezogene Komplikationen erhoben werden. Der Konsum psychotroper Substanzen und Störungen durch psychotrope Substanzen werden in den Sektionen B (Nikotin), I (Alkohol) und L (Drogen) des M-CIDI erfaßt. Bei diesen Sektionen werden jeweils nach einem einführenden Screening Fragen zur Häufigkeit und Menge des Gebrauchs sowie zum Mißbrauch und zur Abhängigkeit für jede einzelne von der befragten Person angegebene Substanz gestellt. Ebenfalls für jede Substanz wird der Zeitpunkt des ersten und letzten Auftretens der berichteten Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale erfragt. Zusätzlich werden verschiedene situative, affektive und kognitive Charakteristika von Erstgebrauchssituationen erhoben.

Das M-CIDI weist im Vergleich zu früheren CIDI-Versionen eine Vielzahl von Modifikationen auf (Lachner et al., 1998). Dazu gehören: a) die Verwendung eines separaten Listenheftes mit Symptomlisten und Erinnerungshilfen, um lebenszeitbezogene Erinnerungen und Gedächtnisprozesse zu verbessern, b) weitere Symptom- und Kriterienlisten als Hilfen bei Fragen zum Zeitpunkt des Beginns und des letzten Auftretens von Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsmerkmalen, c) Schlüsselsymptome, die bezüglich ihres ersten, schlimmsten und letzten Auftretens kodiert werden, sowie d) der Verzicht auf verschiedene Skip-Regeln des Original-CIDI in fast allen diagnostischen Sektionen, um auch unerschwellige Bedingungen erfassen zu können und auch die Möglichkeiten der Veränderungsmessung des diagnostischen Status zu verbessern. Die Reliabilität und prozedurale Validität des CIDI-Ansatzes wurde in verschiedenen Untersuchungen mit sehr befriedigenden psychometrischen Befunden überprüft (Wittchen, 1994; Lachner et al., 1998). Die mittlere Dauer der Durchführung des Interviews einschließlich der zusätzlichen Fragebögen beträgt 77 Minuten.

Interviewer/innen, Training und Durchführung der Feldarbeit

Die Erhebungen wurden in der Basis-Untersuchung (T0) von 10 in der Durchführung des M-CIDI erfahrenen klinischen Psychologen und Psychologinnen sowie von 25 professionellen Vollzeitinterviewern der Infratest-Gesundheitsforschung im Alter von 26 bis 64 Jahren durch-

Tabelle 1. Verteilung soziodemographischer Variablen in der Basis- und Nachuntersuchung

	Basis-Stichprobe (T0)				Follow-up Stichprobe (T1)			
	Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt	
	N	Nw %w	N	Nw %w	N	Nw %w	(N = 1228, Nw = 808)	(N = 636, Nw = 414)
Tätigkeit								
Schule	1290	819 89,0	653	405 87,2	637	415 90,9	938	583 72,1
Universität							8	8 1,0
Ausbildung	91	88 9,6	52	51 11,0	39	37 8,1	228	169 20,9
Angestellt	7	7 0,8	4	5 1,0	3	3 0,7	33	30 3,8
Arbeitslos	2	1 0,1	1	1 0,1	1	1 0,1	5	4 0,5
Andere	5	4 0,5	4	3 0,7	1	1 0,2	16	15 1,8
Derzeitiger Schultyp								
Hauptschule	166	94 10,2	106	60 12,9	60	34 7,4	25	13 1,7
Realschule	297	181 19,7	144	87 18,8	153	94 20,6	194	107 13,3
Gymnasium	769	504 54,7	376	238 51,2	393	266 58,3	635	410 50,7
Fachoberschule	9	8 0,8	4	4 0,8	5	4 0,9	41	26 3,2
Andere	49	33 3,6	23	16 3,5	26	17 3,6	43	27 3,3
keine Schulgänger	105	101 11,0	61	59 12,8	44	42 9,2	290	225 27,9
Lebensumstände								
mit Eltern lebend	1372	901 97,8	704	456 98,2	668	445 97,5	1186	771 95,4
alleine lebend	15	14 1,5	8	8 1,6	7	6 1,4	17	15 1,8
mit Partner lebend							10	10 1,3
mit anderen	8	6 0,7	2	1 0,2	6	5 1,1	15	12 1,5
Soziale Schicht								
Unterschicht	4	3 0,3	3	2 0,3	1	1 0,2	4	3 0,4
untere Mittelschicht	61	41 4,4	40	27 5,8	21	14 3,1	65	45 5,6
mittlere Mittelschicht	867	565 61,4	416	267 57,5	451	298 65,3	693	455 56,3
obere Mittelschicht	378	259 28,1	209	140 30,1	169	119 26,0	438	287 35,5
Oberschicht	52	34 3,7	29	19 4,0	23	15 3,4	19	13 1,6
keine dieser Schichten	33	19 2,1	17	10 2,2	16	9 2,0	9	6 0,7
Finanzielle Situation								
sehr schlecht, schlecht	49	35 3,8	25	18 3,9	24	17 3,6	52	37 4,6
weder gut noch schlecht	362	241 26,2	197	129 27,8	165	112 24,6	314	212 26,3
gut	802	524 56,9	397	256 55,1	405	268 58,7	695	449 55,6
sehr gut	182	121 13,2	95	61 13,2	87	60 13,2	165	110 13,6

Anmerkungen: N = ungewichtete Personenzahl; Nw = gewichtete Personenzahl; %w = gewichteter Prozentanteil.

geführt. Die 21 Interviewerinnen und 14 Interviewer nahmen zumindest einmal an dem einwöchigen offiziellen WHO-M-CIDI-Training teil (trainiert wurde sowohl die Paper-und-Pencil Fassung als auch die computerisierte Version) und führten mindestens zehn Übungsinterviews durch, die durch den Untersuchungstab überprüft wurden. Kurz vor dem Beginn der Feldphase wurde ein weiteres „Auffrischungs“-Training durchgeführt. Die Nachuntersuchung (T1) wurde von 18 klinischen Interviewerinnen und fünf Interviewern durchgeführt. Die Mehrzahl dieser Personen hatte bereits in der Basis-Untersuchung Interviews durchgeführt und war daher diesbezüglich hoch erfahrene Personen, die nicht im Rahmen der Erstuntersuchung Erhebungen durchgeführt hatten, wurden auch in dieser Welle durch ein intensives CIDI-Training (einschließlich Supervision von Probeinterviews) vorbereitet.

Während der Feldarbeit beider Untersuchungen wurden alle Interviewer kontinuierlich von klinischen Editorinnen supervidiert. Nach jeweils maximal zehn Befragungen wurden die Interviews einer der klinischen Editorinnen vorgelegt, die diese zusammen mit dem Interviewer auf Vollständigkeit, korrekte Durchführung und Kodierung sowie auf sonstige Probleme überprüfte. Registrierprobleme vor allem im Zusammenhang mit offenen Beispielsfragen sowie klinischen Aspekten wurden an die Interviewer in wöchentlichen Sitzungen rückgemeldet, um zukünftige Fehler zu vermeiden. Fehlende Angaben konnten so zeitnah zur Durchführung des Interviews nacherhoben werden.

Auswertung

Alle in den folgenden Ausführungen berichteten Prävalenz- und Inzidenz-Auswertungen wurden - mit Ausnahme der Veränderungsübersicht - mit gewichteten Daten durchgeführt, um die Ergebnisse auf die Ursprungspopulation beziehen zu können. Die Auswertungen und Signifikanzprüfungen der gewichteten Daten wurden entweder mit dem Programmpaket SUDAAN oder mit STATA durchgeführt, da die Standardauswertungsprogramme SAS und SPSS bei gewichteten Daten, bzw. komplexen „sampling designs“ wie in der vorliegenden Analyse, fehlerhaft arbeiten. Die Standardfehler und Konfidenzintervalle der Prävalenz- und Inzidenzschätzungen werden aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit nicht berichtet; sie können bei Bedarf beim Erstautor angefordert werden. Bezüglich der Prävalenz wird die Lifetime-Prävalenz zu T0, korrekt die „kumulierte Lifetime-Inzidenz zu T0“ (Welcher Prozentsatz der Population der 14- bis 17jährigen hat jemals im Verlauf des Lebens das Merkmal gezeigt?), die Zwölf-Monats-Prävalenz zu T0 und T1 (Welcher Prozentsatz der Population der 14- bis 17jährigen hat das Merkmal während der letzten zwölf Monate gezeigt?), die Zwölf-Monats-Inzidenz T0-T1 (Welcher Prozentsatz der Population der 14- bis 17jährigen, die zur Basis-Untersuchung das Merkmal noch nicht hatten, hat es während der letzten zwölf Monate erstmalig gezeigt?) sowie die kumulierte Lifetime-Inzidenz zu T1 (Welcher Prozentsatz der Popu-

lation der zu T0 14- bis 17jährigen hat zum Zeitpunkt T1 jemals im Verlauf des Lebens das Merkmal gezeigt?) berichtet.

Im Zusammenhang mit den Inzidenzanalysen ist zu beachten, daß bei den Inzidenzberechnungen zur Konsumfrequenz unterschiedliche Referenzpopulationen herangezogen werden: zur Bestimmung der Inzidenz des *gelegentlichen* (zwei- bis viermaligen) Gebrauchs zu T1 werden alle Nicht-Konsumenten zu T0 *und* die „Probierer“ (einmaliger Konsum) zu T0 als Referenzpopulation herangezogen. Bei der Berechnung der Inzidenz des *regelmäßigen* (mindestens fünfmaligen) Konsums zu T1 bilden alle Nicht-Konsumenten, Probierer *und* gelegentlichen Konsumenten zu T0 die Referenzpopulation.

Ergebnisse

Konsumhäufigkeits-Prävalenzen in der Basis-Untersuchung und Follow-up-Inzidenzen

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, unterschieden wir als Konsumfrequenzgruppen die vier Kategorien „*jemaliger Konsum*“, „*einmaliger Konsum*“, „*gelegentlicher Konsum*“ und „*regelmäßiger Konsum*“. In der Kategorie „*jemaliger Konsum*“ finden sich alle Jugendlichen, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumierten, in der Kategorie „*einmaliger Konsum*“ alle Jugendlichen, die Cannabis genau einmal nahmen, in der Kategorie „*gelegentlicher Konsum*“ Jugendliche mit zwei- bis viermaligem Cannabiskonsum und in der Kategorie „*regelmäßiger Konsum*“ Jugendliche mit einem mindestens fünfmaligen Cannabiskonsum. Die Kategorie des regelmäßigen Konsums wird zusätzlich differenziert in moderaten und starken Konsum. Als moderaten Konsum betrachten wir dabei einen Cannabiskonsum an höchstens ein bis zwei Tagen in der Woche, als starken Konsum alle darüberliegenden Konsumhäufigkeiten (ANEPSA Konvention 1997).

Lifetime-Prävalenz (kumulierte Lifetime-Inzidenz) zu T0. Zum Zeitpunkt der Basis-Untersuchung (1995) hatten 17% aller 14- bis 17jährigen Jugendlichen mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, wobei die Prävalenzrate der Männer (17,8%) nur leicht höher ist als die der Frauen (16,2%). Nur wenige Jugendliche (4,7%) gaben zu diesem Zeitpunkt an, Cannabis nur ein einziges Mal probiert zu haben. 6,3% der Befragten berichten von einem gelegentlichen und 6,0% von einem regelmäßigen Gebrauch. Doppelt so häufig wird in dieser Altersgruppe von moderatem Konsum im Gegensatz zu starkem Konsum berichtet (4% versus 2%). Bei starkem Konsum weisen Männer (2,4%) etwas – aber nicht signifikant – höhere Prävalenzwerte auf als Frauen (1,6%).

Inzidenz T0-T1. Im Nachuntersuchungsintervall, dem Zeitraum zwischen der Basis-Untersuchung 1995 und der Nachuntersuchung 1996/1997, ist ein erheblicher Zuwachs an Neukonsumenten zu beobachten. Insgesamt konsumierten 18,2% der ehemals 14- bis 17jähri-

Tabelle 2. Kumulierte Lifetime (LT)-Inzidenz zu T0 und T1, Zwölf-Monats-Prävalenz T1 und Inzidenz T0-T1 des Cannabiskonsums

Konsumhäufigkeit	Kumul. LT-Inzidenz T0			12-Monats-Prävalenz T0			12-Monats-Prävalenz T1			Kumul. LT-Inzidenz T1			Inzidenz T0-T1		
	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w
jemaIs konsumiert															
Gesamt	188	137	17,0	147	104	12,9	320	221	27,4	376	262	32,4	174	114	18,2
Männer	100	74	17,8	77	55	13,3	177	123	29,6	208	145	34,9	99	63	20,1
Frauen	88	64	16,2	70	47	12,0	143	98	25,0	168	117	29,8	75	51	16,3
einmaliger Konsum															
Gesamt	57	38	4,7	47 ²	32	4,0	41	27	3,4	63	42	5,2	33	21	3,4
Männer	31	19	4,6	26	16	3,9	21	14	3,4	33	22	5,3	16	10	3,2
Frauen	26	19	4,8	21	14	3,6	20	13	3,3	30	20	5,1	17	11	3,5
gelegentlicher Konsum (2 bis 4 mal)															
Gesamt	69	51	6,3	48	33	4,1	112	80	9,9	110	78	9,7	81	56	8,4
Männer	40	30	7,2	27	19	4,6	61	43	10,3	59	41	9,9	46	31	9,2
Frauen	29	21	5,5	21	15	3,8	51	37	9,4	51	37	9,4	35	25	7,6
regelmäßiger Konsum (5+)															
Gesamt	62	48	6,0	52	39	4,8	167	114	14,2	203	143	17,7	113	73	10,3
Männer	29	25	6,0	24	21	5,1	95	66	16,0	116	83	20,0	68	44	12,0
Frauen	33	23	6,0	28	19	4,8	72	48	12,3	87	60	15,3	45	29	8,4
hiervon															
moderater Konsum															
Gesamt	42	32	4,0	35	25	3,1	144	97	12,0	164	112	13,9	102	65	9,1
Männer	18	15	3,6	14	11	2,7	79	54	12,9	91	62	14,9	60	37	10,3
Frauen	24	17	4,4	21	14	3,6	65	43	11,1	73	50	12,7	42	28	7,9
starker Konsum															
Gesamt	20	16	2,0	17	14	1,7	23	17	2,1	39	31	3,8	19	14	1,9
Männer	11	10	2,4	10	10	2,4	16	13	3,0	25	21	5,0	14	11	2,8
Frauen	9	6	1,6	7	4	1,0	7	5	1,2	14	10	2,5	5	3	0,9

Anmerkungen: N = ungewichtete Personenanzahl; %w = gewichtete Personenanzahl; %w = gewichteter Prozentanteil; moderater Konsum: in der Zeit des häufigsten Konsums wurde Cannabis mindestens an drei bis vier Tagen in der Woche konsumiert; Referenzgruppen: Inzidenz des einmaligen Konsums: alle Nichtkonsumenten zu T0; Inzidenz des gelegentlichen Konsums: alle Nichtkonsumenten und Probierer zu T0; Inzidenz des regelmäßigen Konsums: alle Nichtkonsumenten, Probierer und gelegentlichen Konsumenten zu T0;² bei fünf Personen kann nicht mit Sicherheit ein evtl. vorliegender gelegentlicher Konsum ausgeschlossen werden.

gen, die zu T0 noch keinen Konsum aufwiesen, in diesem Zeitraum zum ersten Mal Cannabis. Unter Männern finden sich dabei genauso häufig Neukonsumenten (20,1%) wie unter Frauen (16,3%; ns). Nur wenige dieser „inzidenten Konsumenten“ fallen in die Kategorie des „einmaligen Konsums“ (3,4%). 9,2% der Männer und 7,6% der Frauen berichten gelegentlichen und 12% (Männer) bzw. 8,4% (Frauen) regelmäßigen Gebrauch. Obwohl die Raten der Männer etwas höher liegen, sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant. Einzig für die Kategorie „starker Konsum“ ergeben sich unterschiedliche Raten (Männer: 2,8%, Frauen: 0,9%, $\chi^2 = 4.43$; $p < .05$).

Lifetime-Prävalenz (kumulierte Lifetime-Inzidenz) zu T1. Wird nun zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung die „neue“ Lifetime-Prävalenz (kumulierte Lifetime-Inzidenz zu T1) unter den inzwischen 15- bis 19jährigen Jugendlichen bestimmt, so ergibt sich, daß 32,4% dieser Population bis zur Nachuntersuchung zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumierten. 17,7% berichten von regelmäßigem Konsum, 9,7% von gelegentlichem Konsum und 5,2% von einmaligem Konsum. Obwohl über alle Kategorien hinweg die Häufigkeitsraten der Männer über denen der Frauen liegen, erwies sich keiner dieser Unterschiede als statistisch signifikant. Männer und Frauen in dieser Altersgruppe konsumieren demnach Cannabis gleich häufig.

Zu bemerken ist an dieser Stelle, daß mehr als zwei Drittel aller Lifetime-Fälle zu T1 das jeweilige Konsummuster auch im Querschnitt (Zwölf-Monats-Prävalenz zu T1) zeigen. Dies gilt insbesondere für die Jugendlichen mit regelmäßigem Konsum (Lifetime-Prävalenz zu T1: 17,7%, Zwölf-Monats-Prävalenz zu T1: 14,2%).

Prävalenz und Inzidenz von Cannabis-mißbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

Tabelle 3 zeigt nach gleichem Aufbau wie Tabelle 2 die resultierenden Prävalenzen und Inzidenzen für Mißbrauch und Abhängigkeit nach den strikten DSM-IV Kriterien des M-CIDI. Nach den DSM-IV Kriterien wird die Diagnose eines Mißbrauchs nur vergeben, wenn nicht zusätzlich eine Abhängigkeit vorliegt. Um jedoch auch darstellen zu können, wie viele Jugendliche unserer Stichprobe überhaupt die Kriterien eines Mißbrauchs erfüllen – also unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Abhängigkeit vorliegt oder nicht –, haben wir neben den DSM-IV-Mißbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnoseraten zusätzlich die Gesamthäufigkeiten des Mißbrauchs angegeben. Es ist erkennbar, daß Cannabismißbrauch zu allen Messzeitpunkten mindestens doppelt so häufig wie Cannabisabhängigkeit diagnostiziert wird. Zum Zeitpunkt der Basis-Untersuchung erfüllen 1,9% der Männer und 2,0% der Frauen die Kriterien für Mißbrauch und jeweils 0,5% die Kriterien für Abhängigkeit. Die Mißbrauchs-Inzidenz von T0 zu T1 beträgt für Männer 2,5% und für Frauen 1,2% (n.s.); die entsprechende Inzidenz für eine Abhängigkeit nach DSM-IV beträgt 0,3% (Männer) bzw. 0,6% (Frauen; n.s.). Die kumulierte Lebenszeit-Inzidenz zu T1 beträgt für Mißbrauch 3,7% und für Abhängigkeit 1,0%.

Betrachtet man die Art der genannten Mißbrauchs- und Abhängigkeitssymptome etwas genauer, so läßt sich zunächst für die Jugendlichen mit einer Abhängigkeitsdiagnose folgendes Symptomprofil erstellen: a) Entzugssymptome werden von allen abhängigen Cannabis-konsumenten berichtet, b) am zweithäufigsten wird von nahezu 75% der Jugendlichen berichtet, daß sie viel Zeit

Tabelle 3. Kumulierte Lifetime-Inzidenz zu T0 und T1, Zwölf-Monats-Prävalenz T0 und T1 und Inzidenz von T0 zu T1 des Cannabismißbrauchs und der Cannabisabhängigkeit

Diagnose	Kumul. LT-Inzidenz T0			12-Monats-Prävalenz T0			12-Monats-Prävalenz T1			Kumul. LT-Inzidenz T1			Inzidenz T0-T1		
	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w	N	Nw	%w
Mißbrauch generell															
Gesamt	22	15	1,9	20	13	1,6	32	22	2,7	44	30	3,7	22	15	1,9
Männer	10	8	1,9	9	7	1,8	21	15	3,6	25	18	4,4	15	10	2,5
Frauen	12	8	2,0	11	6	1,5	11	7	1,8	19	12	3,0	7	5	1,2
Mißbrauch ohne Abhängigkeit															
Gesamt	18	13	1,6	17	12	1,5	31	22	2,7	41	28	3,5	22	15	1,9
Männer	9	7	1,8	9	7	1,8	21	15	3,6	24	18	4,2	15	10	2,5
Frauen	9	6	1,4	8	5	1,2	10	7	1,7	17	11	2,8	7	5	1,2
Abhängigkeit															
Gesamt	6	4	0,5	5	3	0,4	7	4	0,5	12	8	1,0	6	4	0,5
Männer	2	2	0,5	1	1	0,3	2	1	0,3	4	3	0,8	2	1	0,3
Frauen	4	2	0,5	4	2	0,5	5	3	0,7	8	4	1,1	4	2	0,6

Anmerkungen: N = ungewichtete Personenanzahl; Nw = gewichtete Personenanzahl; %w = gewichteter Prozentanteil.

dafür aufwenden, Cannabis zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Wirkungen zu erholen und daß sie trotz des Wissens um eine cannabisbedingte körperliche oder psychische Problematik den Konsum der Droge fortsetzen. Die Analyse der Art der von Jugendlichen mit einer Mißbrauchsdiagnose berichteten Symptome zeigt folgendes Bild: Am häufigsten (51%) wird von diesen Jugendlichen der fortgesetzte Substanzgebrauch trotz ständiger bzw. anhaltender substanzbedingter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme genannt (dieses Mißbrauchskriterium wird übrigens ebenfalls von über 50% der Jugendlichen mit einer Abhängigkeitsdiagnose erfüllt). Nahezu gleich häufig (43%) wird von den Jugendlichen von einem wiederholten Cannabisgebrauch in Situationen berichtet, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann. Konflikte mit dem Gesetz in Zusammenhang mit Cannabiskonsum werden vergleichsweise selten angegeben.

Wie stabil sind die Konsummuster?

Lassen wir gewisse Randunschärfen bei der in Tabelle 4 dargestellten Kreuztabellierung der ungewichteten T0-T1 Befunde unberücksichtigt, so zeigt sich bezüglich des *regelmäßigen* Konsums eine hohe Stabilität von T0 zu T1, mit nur geringer Spontanremissionsrate. Von 62 (=100%) Personen mit regelmäßigem Gebrauch zu T0 haben lediglich 17,7% zu T1 ganz aufgehört, Cannabis zu konsumieren. Fünf weitere regelmäßige User zu T0 reduzierten den Cannabiskonsum zu T1: eine Person nahm Cannabis in den letzten zwölf Monaten noch genau ein Mal und vier Personen konsumierten die Droge zwei- bis viermal. 74,2% der zu T0 regelmäßigen Konsumenten haben allerdings weiterhin einen regelmäßigen Gebrauch. Über alle Konsumkategorien hinweg ist eine Tendenz zur Zunahme der Konsumhäufigkeit erkennbar, während umgekehrt Spontanremissionen (Null-Konsum) umso seltener sind, je stärker der Initialkonsum (Häufigkeit zu T0) ausgeprägt ist.

Wie stabil sind die diagnostischen Muster?

Bei der Analyse der diagnostischen Stabilität wird in Tabelle 5 zusätzlich zu den Kategorien „Mißbrauch ohne Abhängigkeit“, „Abhängigkeit (voll) ohne Mißbrauch“ und „Mißbrauch und irgendeine Form der Abhängigkeit“ auch eine diagnostische Gruppe mit unterschwelliger Abhängigkeitsproblematik berücksichtigt. Dies nimmt Bezug darauf, daß in unserer Studie die sehr strikte Definition des diagnostischen Abhängigkeits-Kriteriums „gemeinsames Auftreten von mindestens drei Abhängigkeitsmerkmalen innerhalb einer Zwölf-Monats-Periode“ zu einer Unterschätzung der Abhängigkeitsproblematik in der von uns untersuchten Population und damit zu einer Unterschätzung der wahren Prävalenz führen könnte (Lachner et al., 1998).

Die Tabelle gibt zeilenweise gelesen die geschätzte bedingte Wahrscheinlichkeit an, daß eine Person mit einem bestimmten Ausgangszustand zu T0 sich zu T1 in einem bestimmten „T1-Zustand“ befindet. Danach beträgt die bedingte Wahrscheinlichkeit, zu T1 wieder eine Diagnose zu erhalten, für Personen mit einem diagnostischen Ausgangszustand (entweder Mißbrauch, unterschwelliger oder volle Abhängigkeitsdiagnose oder beides) insgesamt 56%. Die bedingte Wahrscheinlichkeit für eine Diagnose zu T1 ist mit 66,7% am höchsten für diejenigen Probanden, die zu T0 eine Mißbrauchsdiagnose und irgendeine Form der Abhängigkeit aufweisen. Für Jugendliche mit einer Mißbrauchsdiagnose ohne Abhängigkeit zu T0 beträgt die Wahrscheinlichkeit, zu T1 eine Diagnose zu erhalten, 57,1%. Für Jugendliche mit einer ausschließlichen T0-Abhängigkeitsdiagnose liegt diese Wahrscheinlichkeit bei 50%. Die bedingten Wahrscheinlichkeiten, zu T1 eine Diagnose aufzuweisen, sind mit 3,1% für diejenigen, die zu T0 noch keinen Gebrauch aufwiesen, und mit 22,1% für diejenigen, die zwar Cannabis konsumierten, aber keine klinisch relevanten Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsmerkmale entwickelt hatten, deutlich niedriger. Die vollständige T1-Remissionsrate (kein Konsum zu T1) derer, die zu T0

Tabelle 4. Stabilität des Cannabiskonsums von der Basis- (T0) zur Nachuntersuchung (T1)

Häufigkeit zu T0		Bedingte Wahrscheinlichkeit (T1)											
		niemals		einmal		gelegentlich		regelmäßig					
								Gesamt		moderater Konsum		starker Konsum	
Konsumhäufigkeit	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
niemals	1040	852	81,9	36	3,5	74	7,1	78	7,5	74	7,1	4	0,4
einmal	57	27	47,4	3	5,3	11	19,3	16	28,1	13	22,8	3	5,3
gelegentlich (2- bis 4 mal)	69	18	26,1	1	1,5	23	33,3	27	39,1	23	33,3	4	5,8
regelmäßig (5+)	62	11	17,7	1	1,6	4	6,5	46	74,2	34	54,8	12	19,4
hiervon													
moderater Konsum	42	8	19,1	0	0,0	3	7,1	31	73,8	23	54,8	8	19,1
starker Konsum	20	3	15,0	1	5,0	1	5,0	15	75,0	11	55,0	4	20,0
Gesamt	1228	908	73,9	41	3,3	112	9,1	167	13,6	144	11,7	23	1,9

Tabelle 5. Häufigkeit der Konsummusterstabilität bzw. des -wechsels von der Basis- (T0) zur Nachuntersuchung (T1)

T1 (bedingte Wahrscheinlichkeit)															
	kein Konsum		Konsum und... keine Diagnose		Abhängigkeit, unterschwellig		Abhängigkeit (voll) ohne Mißbrauch		Mißbrauch ohne Abhängigkeit		Mißbrauch und irgendeine Form der Abhängigkeit ¹		irgendeine Diagnose		Gesamt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
T0 kein Konsum	852	81,9	156	15,0	24	2,3	2	0,2	2	0,2	4	0,4	32	3,1	1040
Konsum und ... keine Diagnose	50	32,5	70	45,4	19	12,3	2	1,3	9	5,8	4	2,6	34	22,1	154
Abhängigkeit, unter- schwellig	2	20,0	3	30,0	2	20,0	1	10,0			2	20,0	5	50,0	10
Abhängigkeit (voll) ohne Mißbrauch			1	50,0							1	50,0	1	50,0	2
Mißbrauch ohne Abhängigkeit	1	14,3	2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	4	57,1	7
Mißbrauch und irgend- eine Form der Ab- hängigkeit ¹	3	20,0	2	13,3	2	13,3			1	6,7	7	46,7	10	66,7	15
irgendeine Diagnose	6	17,6	8	23,5	5	14,7	2	5,9	2	5,9	11	32,4	19	55,9	34
Summe (ohne „irgendeine Diagnose“)	914	74,4	242	19,7	53	43,2	8	0,7	15	1,2	30	23,6	105	8,6	1228

Anmerkungen: ¹ volle oder unterschwellige Diagnose.

eine Diagnose bekamen, ist mit Werten zwischen 0 und 20% als niedrig zu beurteilen.

Diskussion

Mit diesen Befunden werden erstmals für die Bundesrepublik populationsbezogene Prävalenz- und Perioden-Inzidenzraten zum Cannabiskonsum sowie zur Entwicklung von Cannabismißbrauch und -abhängigkeit vorgelegt, die international hinsichtlich Stichprobengewinnung, Auswertung und Instrumentarium direkt mit anderen Studien vergleichbar sind (z.B. mit den Befunden des US-Nationalen Comorbiditäts-Surveys; NCS; Kessler et al., 1994, Warner et al., 1995). National stellen die epidemiologischen Kennziffern für Mißbrauch und Abhängigkeit die ersten reliablen und validen Abschätzungen dar, welche die vielfältigen Quantitäts-Frequenzbefunde zu Cannabis aus nationalen (Kraus et al., 1994) wie auch regionalen Untersuchungen (Nordlohne et al., 1993) ergänzen und abrunden. Die Aussagekraft der Befunde kann als hinreichend gewertet werden, da durch die Erhebungsmethodik mittels persönlicher Interviews sowie spezieller befragungs- und auswertungstechnischer Merkmale des standardisierten, computerisierten Instruments, des M-CIDI, eine hohe Reliabilität, Validität und Auswertungsobjektivität erreicht wurde (Lachner et al., 1998). Allerdings sollten, bevor im folgenden die Hauptbefunde zusammenfassend diskutiert werden, auch einige wichtige Einschränkungen angemerkt werden:

- **Systematische Verzerrung durch Ausfälle:** Trotz insgesamt hoher Ausschöpfung bei beiden Untersu-

chungswellen von 71% und fast 90% bleibt zu beachten, daß durch selektive systematische Ausfälle die Aussagekraft möglicherweise eingeschränkt werden muß. So lassen Detailuntersuchungen erkennen, daß wir speziell bei männlichen Probanden mit einem T0-Cannabismißbrauch 0,4% der T0-Gesamtprevalenz von 2,2%, sowie bei Abhängigkeit 0,3% der Gesamtprevalenz von 0,8% verloren haben. Dies deutet auf die Gefahr hin, daß wir bei Aussagen über die diagnostische Stabilität hinsichtlich des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit von Cannabis eventuell ein zu günstiges Bild gezeichnet haben.

- Bei der Bestimmung der **Inzidenz** sind erhebliche **Randunschärfen** hinsichtlich des Zeitfensters zu beachten, da es logistisch nicht möglich war, alle T1-Zielpersonen exakt - wie ursprünglich geplant - nach zwölf Monaten nachzuuntersuchen. So variiert das Zeitintervall zwischen T0 und T1 erheblich (14 bis 25 Monate) - mit einer mittleren Zeitstrecke von 20 Monaten (Median). Angesichts der beobachteten relativ hohen Konsummusterstabilität ist es zwar unwahrscheinlich, daß dies die Befunde bei den hochfrequenten Usern erheblich beeinflusst hat, jedoch könnte dies durchaus systematische Über- oder Unterschätzungseffekte auf die Befunde zu niederfrequenten Usern gehabt haben.
- Weiterhin sollte hinsichtlich der **diagnostischen Stabilitäten** beachtet werden, daß die Fallzahlen für einzelne Verlaufsmuster niedrig sind und damit **große Konfidenzintervalle** resultieren. Diesen möglicherweise systematischen Effekten werden wir bei unseren weiteren Analysen, insbesondere bei unseren

geplanten Verweigererinterviews im Rahmen der abschließenden T2-Untersuchung, besonders nachgehen.

- Schließlich sei darauf hingewiesen, daß eine Betrachtung der cannabisbezogenen **Konsum- und Diagnosemuster** sowie Aussagen über deren Stabilität letztlich keine hinreichende Beschreibung der **Stabilität** des Drogenkonsums im allgemeinen leisten kann, insofern sich dieser auf andere Substanzen als die hier untersuchte erstreckt. So könnte beispielsweise ein zu T1 (hinsichtlich des Cannabisgebrauchs) „remittierter“, ehemals regelmäßig konsumierender Cannabis-User durchaus auf den regelmäßigen Konsum einer anderen Substanz „umgestiegen“ sein. Die Folge: sein Konsummuster würde in unserer auf den Cannabiskonsum fokussierten Betrachtung als verändert eingestuft werden (von hoch- zu niederfrequent), obgleich es in bezug auf den Drogenkonsum im allgemeinen als stabil zu bezeichnen wäre.

Ungeachtet dieser potentiellen Einschränkungen bestätigen wir zunächst nicht nur, daß Cannabis von Jugendlichen wesentlich häufiger konsumiert wird, als vielfach angenommen wurde (Reuband, 1992: Drogenkonsumprävalenz 10 bis 18% bei zwölf- bis 25jährigen; unsere Befunde: 32%), sondern auch indirekt unsere früheren „hazard“-Befunde (Perkonigg et al., 1996; 1998) zum Alter bei Erstgebrauch dieser Substanz. Cannabisgebrauch entwickelt sich, wie die Inzidenzbefunde zeigen, mit monoton ansteigenden Erstgebrauchsraten ab dem 13. Lebensjahr und setzt sich bis ins 19. Lebensjahr fort. Die Hochrisikozeit für den Erstgebrauch liegt in der Alterspanne zwischen 16 und 18 Jahren. Allerdings muß einschränkend vermerkt werden, daß wir hier evtl. vorhandene Alterskohorten- sowie Zeiteffekte noch nicht berücksichtigt haben. Die Verlaufsergebnisse bestätigen ferner im wesentlichen die Befunde unserer früheren Analyse hinsichtlich fehlender Geschlechtsunterschiede: männliche und weibliche Adoleszente konsumieren Cannabis fast gleich häufig. Lediglich bei den Inzidenzbefunden finden wir in der Kategorie „starker Konsum“ ein Überwiegen der Männer.

Bezüglich der Konsumstabilität kann zumindest für die hier untersuchte Altersgruppe und den berücksichtigten Zeitraum die eingangs angesprochene Vermutung erheblicher Instabilität nicht bestätigt werden. Zwar findet sich eine durchaus bemerkenswert große Gruppe von einmaligen Probierern sowie eine kleinere Gruppe von gelegentlichen Konsumenten, die den Cannabisgebrauch zu T1 ganz aufgegeben haben, aber eindrücklicher ist bei der Nachuntersuchung insgesamt der Befund einer mit der initialen Konsumfrequenz (in den Kategorien „einmal“, „gelegentlich“ und „regelmäßig“) ansteigenden Stabilität und Zunahme der Konsumhäufigkeit. Für den diagnostischen Status finden wir, daß a) die Spontanremissionsrate 41,1% beträgt und b) mehr als die Hälfte der Personen (55,9%) mit einer der erhobenen Mißbrauchs- und/oder Abhängigkeitsdiagnosen zu T0 diese oder eine Kombination derselben auch zur Nachuntersu-

chung aufweist. Es muß zunächst – da die abschließenden T2-Befunde noch nicht vorliegen – offen bleiben, inwieweit dies lediglich ein typischer Befund für die untersuchte Altersgruppe der 14- bis 17jährigen ist, oder ob sich das Bild in den Folgejahren drastisch ändert. Es liegt nahe zu vermuten, daß wir uns mit der ersten Nachuntersuchung (T1) immer noch im „ansteigenden Ast“ der Konsum- und Morbiditätsentwicklung befinden, die mit den ab dem 18./19. Lebensjahr auf die Person zukommenden entwicklungsbezogenen neuen Aufgaben eine kritische Wende erhält. In weiteren Auswertungen werden wir analysieren, welche Merkmale mit der Stabilität bzw. Instabilität der Konsum- und Diagnosemuster assoziiert sind. Es soll hierbei ermittelt werden, welche Faktoren als Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für den Erstgebrauch und den fortgesetzten regelmäßigen Gebrauch betrachtet werden können. Zusätzlich sollen Faktoren exploriert werden, die mit dem Beenden von Cannabisgebrauch assoziiert sind und somit als Protektionsfaktoren gegenüber der Entwicklung eines regelmäßigen Konsums aufgefaßt werden können.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington DC: APA.
- Kandel, D. B. & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kraus, L., Schumann, J., Wiblishauser, P. U. & Herbst, K. (1994). Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern. *Sucht*, 2, 107-120.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E. & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Substance use sections. *European Addiction Research*, 4, 28-41.
- Nordlohne, E., Reißig, M. & Hurrelmann, K. (1993). „Drogengebrauch in Ost und West: Zur Situation des Drogengebrauchs bei Jugendlichen in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik“. *Sucht*, 39, 10-34.
- Perkonigg, A., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *European Addiction Research*, 4, 58-66.
- Perkonigg, A., Wittchen, H.-U. & Lachner, G. (1996). Wie häufig sind Substanzmißbrauch und -abhängigkeit? Ein methodenkritischer Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 280-295.
- Reuband, K.-H. (1992). The epidemiology of drug use in Germany: Basic data and trends. In G. Bühringer & J. J. Platt

- (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 3-16). Malabar, FL: Krieger.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumann, J. & Kraus, L. (1995). Befragung zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen - Eine Pilotstudie. *Sucht, Sonderband, 9-12*.
- Silbereisen, R. K. (1996). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 189-208; 2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K. (1997). Mißbrauch und Gebrauch von Alkohol und Drogen im Jugendalter. In R. Weinkraut, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie* (S. 170-178). Göttingen: Huber.
- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony, J. C. & Nelson, C. B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Lachner, G. & Nelson, C. B. (1998). The early developmental stages of psychopathology study (EDSP) - objectives and design. *European Addiction Research*, 4, 18-27.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (Hrsg.). (1997). *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U. & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Weinheim: Beltz Verlag.
- World Health Organization. (1991). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Dipl.-Stat. Michael Höfler
Dr. Axel Perkonig
Dipl.-Psych. Holger Sonntag
Dr. phil. Dipl.-Psych. Roselind Lieb

Max Planck Institut für Psychiatrie
Klinische Psychologie und Epidemiologie
Kraepelinstr. 10
D-80804 München

Neu im Internet!

PsychJob - der Stellenmarkt für PsychologInnen

<http://www.hogrefe.de/PsychJob>

Seit Juli '98 bietet Ihnen der Hogrefe-Verlag in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie einen Online-Stellenmarkt für PsychologInnen. PsychJob stellt Ihnen folgende Serviceleistungen zur Verfügung:

- ✓ Kostenlose Veröffentlichung von Stellengesuchen und -angeboten
- ✓ immer aktuell durch sofortige Online-Eintragung
- ✓ flexible Suchoptionen des SuchRobots (z.B. automatische Suche nach Inseraten mit gewünschtem Stellenprofil und Qualifikationsprofil)
- ✓ automatische Benachrichtigung der Stellenanbieter/-sucher bei Eingang geeigneter Inserate per E-Mail durch den MailRobot
- ✓ Mitteilung an Interessenten bei Eingang neuer Inserate per E-Mail durch den MailRobot (individuell konfigurierbar nach den Kriterien Fachbereich und Tätigkeitsbereich)



Hogrefe - Verlag für Psychologie

Rohnsweg 25 • 37085 Göttingen
Tel.: 0551/49609-20 • Fax: 0551/49609-88
E-Mail: verlag@hogrefe.de • <http://www.hogrefe.de>